

**CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN**  
**180 Westminster Street**  
**3<sup>rd</sup> Floor**  
**Providence, RI 02903**  
**Telefono: (401) 222-2662 TDD # (401) 222-2664**

**POR FAVOR, NOTE que este formulario no es una acusación formal de discriminación.** Llene este formulario lo mas completo posible y devuélvalo a la Comisión. Nos pondremos en contacto con usted en cuanto una determinacion de su acusación formal, si su queja cae bajo nuestra jurisdicción. Por favor, escriba a máquina o a mano sus respuestas claramente. TENGA EN CUENTA QUE SI LA PREGUNTA NÚMERO 7 NO TIENE UNA RESPUESTA COMPLETA, LA COMISIÓN NO PODRA PROCESAR SU ACUSACIÓN.

Indique Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_  
(Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (incluya el código) Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

2. ¿A quién está acusando usted? Dueño  Gerente  Banco   
Agent  Otro  Construct

3. Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Incluya el código) \_\_\_\_\_

**Local de la propiedad**

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Incluya el código) \_\_\_\_\_

4. ¿ Cuantos apartamentos tiene la propiedad actualmente? \_\_\_\_\_

**5. La causa de la discriminacion: (circule la causa o causas)**

RAZA      COLOR      RELIGIÓN      SEXO      ORIGEN NACIONAL

IMPEDIMIENTO FISICO      IMPEDIMIENTO MENTAL      EDAD (mayor de 18 años)

NIÑOS MENORES DE EDAD      ESTADO FAMILIAR/ ESTADO CIVIL

Especifique la causa circulada \_\_\_\_\_

Ejemplo: Si usted circuló RAZA, indique su raza, etc.

**6. Por favor, marque la Acción o Condición Discriminante Alegada:**

Negacion de Alquiler  Negacion de Venta  Negacion de Hipoteca

Terminos y Condiciones de Alquiler  Terminos y Condiciones de Venta  Anuncio/Publicidad

Intimidación/Coerción  Acomodación Razonable  Otro (indique) \_\_\_\_\_

**7. Por Favor, en una hoja de papel separado explique qué pasó contra usted que usted considera ser discriminatorio. ¿Había otras personas que recibieron tratamiento diferente que usted? ¿Cuál daño, si hubiera, sufrió usted debido esa acción? Por favor, incluya todos los nombres y fechas pertinentes. Si usted tiene algunos documentos relavantes a su queja, por favor incluya las copias con su declaración.**

**8. Por favor, especifique la fecha o fechas cuando el daño alegado pasó \_\_\_\_\_**

9. ¿Ha buscado usted alguna ayuda sobre la acción que piensa es discriminatoria, de otra agencia del gobierno o de alguna otra fuente ?

Sí No Si, indique:

Nombre de la fuente de ayuda \_\_\_\_\_

Resultado, si hay \_\_\_\_\_

**10. ¿Ha buscado usted ayuda legal de algún abogado ? Sí No**

Si indique: Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Él oElla le estará representando ? Sí No

Si su respuesta es Si, por favor, haga que él o ella presente una carta de comparecencia a al Comisión.

**11. Por favor, suministre el nombre de una persona que no viva con usted y que resida en la área local, que pueda comunicarse con usted.**

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, NOTE: Si tiene usted algun impedimiento y require asistencia o una acomodacion razonable para completar este formulario, por favor de comunicarse con la Comisión.**

**PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA - NO LO COMPLETE**

MANDE NOTICIAS A:

A) Agente Para Servicio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

B) Oficina Central Corporativa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C) Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

